Aus der Königl. psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Zur
Begutachtung der nach dem Unfall entstandenen Neuropsychosen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Otto Lüderitz
Medizinalpraktikant.

Leipzig
Druck von August Hoffmann
Spezialdruckerei für Dissertationen
1913.

Aus der Königl. psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Zur
Begutachtung der nach dem Unfall entstandenen Neuropsychosen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Otto Lüderitz
Medizinalpraktikant.

Leipzig
Druck von August Hoffmann
Spezialdruckerei für Dissertationen
1913.

Nr. 69.
Rektoratsjahr 1913/14.

Ref. Siemerling.

Zum Druck genehmigt:
Crutziger,
z. Zt. Dekan.

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0112

Bereits im 18. Jahrhundert ist von Ärzten die Beobachtung gemacht, daß im Anschluß an Unfallverletzungen Störungen nervöser Natur auftreten. Ein besonderes Interesse hat man diesen Erkrankungen erst beigelegt, als nach dem Aufschwung der Industrie und vor allem des Eisenbahnwesens auf Grund von Haftpflichtgesetzen und der Arbeiterversicherungsgesetzgebung Entschädigungsansprüche nach Unfällen gestellt wurden. Im Jahre 1866 erschien von Erichsen eine Abhandlung über das Krankheitsbild einer funktionellen Neurose in England; da er dieses Bild bei Leuten, die einen Eisenbahnunfall durchgemacht hatten, fand, nannte er es Railwayspine.

Kurze Zeit darauf berichtet er aber schon über ganz die gleichen Erkrankungen auch nach andern Unfällen.

Als charakteristische Symptome erwähnt Erichsen: Blasses Aussehen, mangelhaftes Gedächtnis, geistige Verwirrung, Unfähigkeit zur Arbeit, unruhigen Schlaf, Kopfschmerzen, Schwindel, nervöse Sehstörungen, Herabsetzung der Hautempfindlichkeit, steifen Gang, steife Haltung, Wirbelempfindlichkeit, allgemeine Muskelschwäche. Diese Symptome fand Erichsen nicht direkt im Anschluß an den Unfall, sondern sie entwickelten sich im Verlauf von Wochen, ja Monaten, während der Verletzte unmittelbar nach dem Unfall kaum Beschwerden hatte, ja sogar noch vorerst seiner Arbeit nachgehen konnte. Nach seiner

Ansicht sind diese Erscheinungen auf eine chronische Meningomyelitis und im Anschluß daran auf eine Erkrankung der basalen Hirnhäute zurückzuführen. In Deutschland fanden die hierher gehörigen Erkrankungen erst nach der Einführung des Haftpflichtgesetzes im Jahre 1871 eine vermehrte Beachtung. Leyden in seinem Lehrbuch der Rückenmarkserkrankungen und Erb in Ziemßens Handbuch waren die ersten, die sich mit dem Gegenstande beschäftigten. Im Vordergrund des Interesses standen auch bei ihnen noch die Verletzungen bei Eisenbahnunfällen. Die beiden Autoren schlossen sich im wesentlichen der Auffassung Erichsens von der Natur und der Grundlage des Leidens an.

Ungefähr zu derselben Zeit erschienen auch die Mitteilungen über nervöse Folgen von Verletzungen aus der Westphalschen Klinik in der Charité. Auch Westphal verlangt wie seine Vorgänger einen Symptomenkomplex, wie ihn nur eine anatomische Läsion des Rückenmarks erzeugen kann, wenn er auch das psychische Moment wenigstens nicht ganz negiert. Als man jedoch Gelegenheit hatte, einige Sektionen von Menschen, die während ihres Lebens an einer traumatischen Neurose erkrankt waren, zu sehen, fand man keine Veränderungen des Zentralnervensystems.

Daher lenkte 1861 Moeli die Aufmerksamkeit auf den seelischen Ursprung der Beschwerden, indem er den beim Unfall erlittenen Schrecken, das psychische Trauma, als Ursache ansah. Zwei Jahre später (1883 und 1884) erschienen auch die Publikationen von zwei deutschen Autoren, Thomsen und Oppenheim, die, gestützt auf das reiche Material der Berliner Charité auf gewisse häufig vorkommenden sensibel-sensorische Störungen hinwiesen, welche auf einen cerebralen Sitz und die funktionelle Natur dieser Krankheitserscheinungen schließen

ließen. Wenigstens einen Teil der Symptome aber glaubten die beiden genannten Autoren zunächst noch aus organischen Veränderungen des Gehirns (railway-brain) herleiten zu müssen.

Größere Klarheit in den Streit der Ansichten, ob es sich um eine nervöse Störung mit oder ohne Verletzung des Zentralnervensystems handelt, brachte im Jnhre 1886 Charkot, der sich damals mit der Erforschung des Wesens der Hysterie beschäftigte. In seinem Werke „Neue Vorlesungen über die Krankheit des Nervensystems“ sagte er, daß das ganze Bild ein funktionelles und psychisch bedingtes sei, das keine anatomische Grundlage habe. Er faßt die durch den Unfall hervorgerufenen Erscheinungen als rein hysterische auf. Er hielt das ganze Krankheitsbild für eine besondere Form der Hysterie und schlug daher die Bezeichnung „Traumatische Hysterie“ vor. Zur Begründung dieser Theorie versetzte er gesunde Personen in den Zustand der Hypnose und fand, daß es möglich sei, fast sämtliche Symptome der Unfallnervenerkrankungen durch hypnotische Suggestion hervorzurufen. Er schloß nun, daß der im Moment des Traumas durch die Aufregung und den Schrecken hervorgerufene ungewöhnliche psychische Zustand dem hypnotischen entsprechend eine Art von momentaner Bewußtseinsstörung bedinge, in der eine Autosuggestion des betreffenden Individuums erfolge. Dieser Ansicht Charkots trat einige Jahre später Oppenheim entgegen, der zwar die funktionelle Art des Krankheitsbildes anerkannte, von einer traumatischen Hysterie jedoch nichts wissen wollte. Er prägte im Jahre 1889 den Ausdruck „Traumatische Neurose“ und lehrte, daß die im Anschluß an Unfälle auftretenden funktionellen Nervenstörungen ein für sich gesondertes Bild böten, das sowohl mit der Hysterie als auch mit den andern Neurosen nichts Ge-

meinsames, sondern eine ganze Reihe von eigenen Symptomen hätte. Er stieß jedoch mit seiner Ansicht auf starken Widerstand, da von anderer Seite behauptet wurde, daß die nach Unfällen beobachteten funktionellen Neurosen ganz das gleiche Symptombild zeigten, wie die aus andern Ursachen entstandenen Nervenstörungen. Bald erfolgte eine Einigung, indem man sagte, die funktionellen nervösen Störungen nach Unfällen sind Mischzustände zwischen Neurasthenie und Hysterie. Vor allem Jolly und F. Schulze waren auf der Badener Versammlung südwestdeutscher Neurologen 1890 der Ansicht, daß die Neurosen nach Unfällen keine besondere Form von Neurosen wären, sondern daß es sich um eine Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie und ihre Mischformen handelte. Die Ansicht hat dann auf dem Kongreß für innere Medizin im Jahre 1893, nachdem auch Strümpell für sie eingetreten war, bald allgemeine Anerkennung gefunden.

Passen somit die klinischen Erscheinungen der Erkrankung in den Rahmen Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie, so spricht man auch heute noch von traumatischer Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie im Gegensatz zur traumatischen Neurose, einem Krankheitsbild, das in einer Mischung von Symptomen aus all den genannten Neurosen charakterisiert ist.

Hinsichtlich der Frage, ob es sich bei diesen Erkrankungen um ein rein funktionelles oder um ein organisches Leiden handelt, schließen wir uns der herrschenden Auffassung von Bruns an, der sich folgendermaßen äußert: „Können wir uns also auch der Ansicht nicht verschließen, daß bei einem gewissen Teil der heute zu den Unfallneurosen gerechneten Fälle — streng genommen gehören sie ja dann nicht hierher — organische Veränderungen wenigstens die Ursache eines Teiles der Symptome sind, so darf das doch nicht die mühsam errungene Er-

kenntnis erschüttern, daß die weitaus meisten Unfallnervenerkrankungeu echte Neurosen ohne jede anatomische Grundlage sind, und daß für ihre Entstehung wie auch für die gleichen Neurosen ohne Trauma, nicht physikalische, sondern psychische, nicht materielle, sondern seelische Erschütterungen die Hauptrolle spielen. Nur so ist es auch zu erklären, daß Schwere des Unfalls und Folgen derselben so oft in gar keinem Verhältnis stehen; nach den kleinsten Verletzungen große Störungen, nach ganz schweren manchmal gar keine."

Ein noch heftigerer Kampf als um die Frage nach der Ätiologie des Leidens entstand um die Frage nach der Häufigkeit der Simulation.

Einige Autoren leugneten die Simulation überhaupt, andere wie Hoffmann, F. Schulze und Seeligmüller konnten dagegen in vielen der von ihnen beobachteten Fälle Simulation konstatieren, Die Diskussion auf dem internationalen Kongreß zu Berlin im Jahre 1890 zeigte deutlich, wie verschieden die Neigung bei den einzelnen Beobachtern war, Simulation bezw. Übertreibung anzunehmen. Eine gewisse Einigkeit über diesen Punkt wurde auf dem Wiesbadener Kongresse erzielt. Man nahm an, daß Übertreibung und Simulation eines einzelnen Symptomes häufig, dagegen Simulation des ganzen Krankheitsbildes sehr selten sei.

Im Anschluß an obige Ausführungen lasse ich die Krankengeschichten von zwei an der Kieler psychiatrischen Klinik beobachteten Fälle folgen, die die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen traumatischer Hysterie und Simulation beleuchten.

Fall I.

W. A., 60 Jahre alt, Schlosser aus G.

Vorgeschichte.

Am 22. VIII. 1901 erlitt Pat. durch die losschnellende Feder einer Luke, an der er auf einem Schiffe arbeitete, eine Verletzung von Nase und Stirn.

Nach einem Gutachten des Dr. B. am 21. Dezember 1901 ging A. stark blutend, aber bei vollem Bewußtsein zu seinem Arzt, der ihn der Klinik überwies. Hier wurde Fehlen von Bewußtseinsstörung, von Kopfschmerz. Erbrechen, Ohrblutung festgestellt. Geringe Schwerhörigkeit. Auf der Nasenwurzel befand sich bis zur Stirn reichend eine klaffende Wunde, ferner Zerschmetterung des Nasenbeins, keine Zeichen eines Schädelbruchs. Bereits nach 7 Tagen konnte die Entlassung aus der Klinik erfolgen.

Am 9. XI. nahm A. wieder seine Arbeit auf, fühlte sich aber wegen Schmerzen in Nase und Kopf, Ohrensausen und Schwerhörigkeit nicht mehr so erwerbsfähig wie früher. Auch bei der Untersuchung am 27. XII. 1901 klagte A. über Kopfschmerzen und Taubheit durch den Unfall.

Die Ohrenuntersuchung ergab nichts besonderes. Die Angaben des A. waren sehr wechselnd, bald verstand er leichtes Sprechen, bald antwortete er nicht auf lautes Anrufen. Die Kopfschmerzen schienen durch Alkoholvergiftung hervorgerufen zu sein. A. war jedesmal bei der Untersuchung betrunken. Er erschien der Simulation verdächtig und nicht weniger erwerbsunfähig als vor dem Unfalle.

Bis zum Jahre 1907 beruhigte sich A. mit dem Bescheide.

Dr. N. erstattete am 27. VI. 1907 ein Gutachten: Nach Angabe der Frau leide A. seit dem Unfalle un-

unterbrochen an Kopfschmerzen besonders über Stirn und vorderen Schädel. Schon 1902 habe er häufig tagweise die Arbeit unterbrechen müssen, sei Nachts wegen Kopfschmerzen umhergegangen. Allmählich habe sich zunehmende Reizbarkeit und Unruhe entwickelt. Er sei streitsüchtig und öfters erregt gewesen. Bereits seit Anfang Mai habe er wiederholt in solchen Zuständen Selbstmord versucht. Er sei in den letzten Jahren auch immer gedächtnisschwächer und stumpfsinniger geworden. A. sehe gesund aus, habe aber einen stumpfen Gesichtsausdruck, Druckempfindlichkeit des linken, oberen Augenhöhlennerven, große Klopfempfindlichkeit des Schädels und hochgradige Herabsetzung des Gehörs infolge von „Schlossertaubheit." Im Röntgenbilde finde sich nicht nur Zertrümmerung der Nasenbeine, sondern auch des Nasenfortsatzes vom Stirnbein, sodaß es sich bei dem Unfalle wahrscheinlich um eine „schwere", wenn auch seiner Zeit klinisch nicht in Erscheinung getretene Verletzung der vorderen Schädelhälfte mit späteren Verwachsungen zwischen harter und weicher Hirnhaut gehandelt habe. Die Annahme einer absichtlichen Übertreibung lasse sich durch nichts begründen. Er sei nur noch zu leichter Arbeit im Stande. Die Erwerbsbeschränkung betrage 75 %.

Durch Entscheidung des Reichsversicherungsamtes wurde dem A. eine Rente von 75 % zuerkannt (Urteil vom 7. Mai 1908).

In der Urteilsbegründung heißt es, daß durch Verletzung der vorderen Schädelhöhle bei dem Unfalle das jetzt vorhandene Gehirnleiden ausgelöst sei. Alkoholmißbrauch komme nicht in Betracht.

Zum Zwecke der Nachuntersuchung ist Patient dreimal und zwar in den Jahren 1909, 1911 und 1913 in der Kieler psychiatrischen Klinik begutachtet worden.

Status bei der letzten Nachuntersuchung vom 16. VI. 1913. (Er hat sich nur ganz unwesentlich verändert gegenüber dem vom Jahre 1909 bez. 1911.

Knochenbau kräftig, Muskulatur gut entwickelt, sehr guter Ernährungszustand; ziemlich finsterer Gesichtsausdruck. Reagiert auf leichtes Beklopfen des Kopfes mit starken Abwehrbewegungen.

Am Schädel keine Narben. Von der Mitte der rechten Nasenseite verläuft eine Hautnarbe schräg nach oben von 5 cm Länge; in der Nasenwurzel befindet sich eine geringe Eindellung des Knochens unter der Narbe; im unteren Teil der Narbe ist die Haut nicht verschieblich; Druckempfindlichkeit besteht nicht.

Augenbewegungen frei, Lidspalten gleichweit, rechte Pupille etwas weiter als die linke, beide etwas entrundet.

Lichtreaktion vorhanden, wenig ausgiebig.

Reaktion auf Nahesehen wenig ausgiebig.

Ab und zu Zittern der Gesichtsmuskulatur.

Spricht geforderte Textworte schwerfällig aber ohne Artikulationsstörung aus.

Beim Versuch, sein Hemd auszuziehen, gerät Patient ins Schwanken, droht umzufallen, hält sich eben noch aufrecht.

Vasomotorisches Nachröten vorhanden.

Dynamometer R 100.

„ L 95.

Leichtes Zittern der Hände.

Bauchdecken-Cremaster Reflexe vorhanden.

Rombergsches Phänomen nicht vorhanden.

Lungen O. B.

Herztöne rein.

Puls kräftig, regelmäßig, etwas beschleunigt. Arterienrohr etwas derb.

Sensibilität nicht genau zu prüfen wegen anscheinend erschwerter Auffassung. Schmerzempfindung lebhaft.

18. VI.

Fragen beantwortet Patient folgendermaßen:

(Wo hier?) „Im Krankenhaus".

(In was für einem?) zuckt die Achsen „Ich weiß nicht."

(Sind Sie mal hier gewesen?) Zuerst erfolgt keine Antwort, erst als die Frage sehr laut gestellt wird: „Ich weiß nicht".

(Was für einen Wochentag heute?) „. . . Wochentag, . . . Wochentag, weiß ich nicht;" (erblickt plötzlich den Kalender, deutet drauf): „es steht ja dran, der 17., Dienstag.

(Was für einen Monat?) „Weiß nicht."

(Was für eine Jahreszeit?) Patient scheint sich zu besinnen, bleibt aber stumm, nach einiger Zeit: „Jahreszeit . . . Jahreszeit . . . 1913.

(Jetzt Sommer oder Winter?) „Sommer."

(Ist es jetzt morgens oder abends?) . . . „Ja, was soll das, morgens, abends." — Frage wird wiederholt — darauf: „Jetzt ist's mittag — . . . Nachmittag."

(Tatsächlich abends $^1/_2$7 Uhr).

(Wie viel ist 2 × 2): . . . besinnt sich, sieht dann seine Finger an . . . „zwei — . . . zwei . . ."

(Frage wiederholt?) „2 × 2 . . . 2 × 2 . . . 2 × 2 sind 4."

(3 × 3?) 3 × 3 . . . 3 × 3 (zählt an seinen Fingern): „6".

(2 × 3?) . . . 6.

(Eben sagten Sie 3 × 3 wäre 6, was ist nun richtig?) „2 × 3 sind 6 . . . 3 × 3 sind 9 (sehr prompt).

(Zählen Sie mal?): 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 9. 10. 11. 12. 14. 15. 16. 17. 18. . . . 19. . . . 20.

(Monate aufsagen?) . . .: „Ja, das kann ich nicht.“

(Vorsprechen: Januar, Februar?) „Januar, Februar, April, Mai, Juli, August, September, Dezember.“

(Nachsprechen: 5. 3. 8?)

„ „. . . 3 . . . 8.“

(2. 7. 5?): „. . . 7 . . . 5.

(Was kostet eine Semmel?) „Ja, ich eß' ja keine.“

Dem Patient wird etwas energisch gesagt, daß er unerhört übertreibe.

(Wie viel sind 2×3?) sieht die Finger an, zählt jedoch nicht ab, „2×3 sind 6.“

20. VI. 1913.

Addiert mehrere 10-Pfg.-Stücke und 5-Pfennig richtig.

Als ihm im gedämpften Gesprächston gesagt wird, er könne hinausgehen, geht er sofort.

Kurz nach der Exploration geht Patient zur Toilette. Der Pfleger hört ein Geräusch und öffnet die Tür. Patient hat den Hosenträger an einem Rohr befestigt und macht Miene, sich das Ende um den Hals zu legen, jedoch in einer so unpraktischen Weise, daß keine Gefahr für ihn darin zu erblicken war. Läßt sich ohne Widerstand davon abbringen, will nachher, darüber befragt, garnichts davon wissen, sagt nur auf die Frage, ob er nicht gerne leben wolle, . . . „nee.“

21. IV. 1913.

Gibt auf Befragen heute an, er habe sich deshalb aufzuhängen versucht, weil er nicht arbeiten könne. Auf den Einwand, daß der Selbstmordversuch doch wenig aussichtsvoll unternommen worden sei, da der Pfleger dabei gewesen sei, erwidert er, daran habe er nicht gedacht.

24. VI. 1913. Entlassen.

Zu erwähnen ist noch, daß Patient in Begleitung seiner Frau die Klinik aufsuchte, die auch die Anamnese für ihn abgab.

Sie sagte aus, daß ihr Mann nichts gearbeitet habe. Er habe meist zu Hause gesessen und gegrübelt, sei auch in der Nähe der Wohnung allein spazieren gegangen. Man habe ihn jedoch immer etwas beobachten müssen, da er oft geäußert habe, er wolle sich aufhängen. In den letzten Jahren sei er noch schwachsinniger und trauriger geworden, sei immer ängstlich, habe jetzt z. B. garnicht in die Klinik gehen wollen, da er fürchtete, eingesperrt zu werden.

Ferner sei noch darauf hingewiesen, daß der Patient während seines Aufenthalts in der Klinik nachts sehr gut geschlafen hat und guten Appetit gehabt hat. Bei den Arztvisiten gibt er selten Antwort auf an ihn gerichtete Fragen, sitzt am Tage völlig untätig im Saale herum meist auf demselben Stuhl in einer Ecke, unterhält sich nicht. Es fällt auf, daß er manchmal Gesprächen mit lebendigem Gesichtsausdruck zuzuhören scheint, sofort, wenn er sich beobachtet fühlt, eine gleichgültige Miene an den Tag legt.

Fall II.

Arbeiter A. W. 42 Jahr alt, aus K.

Vorgeschichte.

Am 4. II. 1907 erlitt W. nach der Unfallanzeige eine Kopfverletzung. Beim Anfertigen von Bunkern ist sein Mitarbeiter, der den Hammer führte, ausgeglitten und hat ihn mit dem Hammer an die Stirn getroffen.

In dem von Dr. W. vom 15. Juli 1908 nach mehrtägiger Beobachtung in der Kieler Nervenklinik abgegebenen Gutachten heißt es:

W. sei vor dem Unfall ganz gesund gewesen. Nach dem erhaltenen Schlag sei er zunächst bewußtlos gewesen,

sei dann wieder zu sich gekommen, habe eine blutende Wunde an der Stirn bemerkt, und sei zum Verbinden geführt worden. Er habe ein Brummen und Sausen im Kopf verspürt, im Nacken sei alles geschwollen gewesen. Er müsse damit wohl aufgeschlagen sein. Er sei allein nach Hause gegangen, sei 3 Wochen im Bett behandelt worden. Vier Wochen nach dem Unfall habe er seine regelmäßige Arbeit wieder aufgenommen, allerdings habe er nicht mehr wie früher auf hohen Stellagen arbeiten können, da dann sofort Schwindelgefühl sich eingestellt habe. In der Ebene habe er keinen Schwindel doch immer einen schweren Kopf. Nach geringem Alkoholgenuß werde er sofort duselig, auch schlafe er seit dem Unfall schlecht. Bei Kopfschmerzen knirsche es im Nacken. Sein Lohn sei derselbe wie früher geblieben. Die Untersuchung ergab als unmittelbare Unfallfolge eine Narbe an der Stirn ohne nachweisbare Veränderung des darunter liegenden Knochens. Für das Bestehen einer organischen Erkrankung des Centralnervensystems fanden sich keine Anhaltspunkte. Einer geringen Pupillardifferenz wurde wesentliche Bedeutung nicht beigemessen. Die Reflexe waren nicht krankhaft gesteigert. Das bei Fußaugenschluß auftretende Schwanken wurde auf funktionelle Basis zurückgeführt. Auffällige Vergeßlichkeit wurde nicht gefunden. W. wolle allerdings das Datum des Unfalls nicht angeben können, doch gab er über andere Begebenheiten gute Auskunft.

Als erwerbsbeschränkend wurde nur das bei der Arbeit in der Höhe auftretende Schwindelgefühl angesehen. Da W. jedoch genügende Gelegenheit hatte, in der Ebene zu arbeiten und seit einem Jahre dauerd dasselbe wie vor dem Unfall verdient hatte, wurde das Bestehen einer für Ansetzung einer Rente in Betracht kommenden Beschränkung der Erwerbsfähigkeit abgelehnt.

Eine Besserung bezw. Heilung der noch bestehenden nervösen Erscheinungen wurde für möglich, ein besonderes Heilverfahren als z. Zt. nicht angezeigt erachtet.

Am 29. VIII. 1908 wurde darauf vom Kanalamt Rente abgelehnt.

Am 24. IX. 1908 ließ W. durch das Arbeitersekretariat Hamburg Berufung gegen diesen Bescheid einlegen.

Zur Begründung der Berufung wurde unter dem 24. X. 1908 vom Vertreter des W. ausgeführt: „W. sei in Erwerbsfähigkeit beschränkt, da er nach seinen Angaben seit dem Unfall an heftigen Schmerzen im Hinterkopf, starken Schwindelanfällen und bedeutender Gedächtnisschwäche leide, Nachts nicht schlafen könne.

Es sei ihm wohl sein früherer Lohn gezahlt worden, doch habe er nur leichtere Arbeit übertragen bekommen, und er werde für den Fall einer Entlassung schwer geschädigt.

Das Schiedsgericht zu Sch. gab am 9. XII. 08 der Prüfung statt und gewährte eine 10 %ige Rente. Es wurde dabei als erwiesen erachtet, daß W. von schwerer Arbeit geschont werde, so daß er auf dem Arbeitsmarkt als erwerbsbeschränkt anzusehen sei.

Gegen die Schiedsgerichtsentscheidung wurde am 15. I. 09 Rekurs eingelegt beim Reichsversicherungsamt. In einem eingeholten Gutachten von Herrn Dr. K., der den Patienten nach dem Unfall behandelt hat, heißt es unter anderem, W. mache einen unsicheren, fast blöden Eindruck in der letzten Zeit; er verdiene zwar dasselbe wie vor dem Unfall, sei aber, falls er entlassen werde, in der Erwerbsfähigkeit beschränkt. Den Eindruck der Übertreibung habe er nie dabei gehabt.

Vom Kanalamt wurde daher am 22. I. 10 eine Rente von 20 % beschlossen.

Am 14. V. 1910 wurde mitgeteilt, daß W. seit dem

13. IV. wieder krank und in ärztlicher Behandlung sei. Sein Zustand sei jetzt ein so schlechter, daß eine baldige Wiederherstellung nicht zu erwarten sei. Der ihn behandelnde Arzt Dr. B. äußert sich folgendermaßen: W. sei regelmäßig von Zeit zu Zeit in die Sprechstunde gekommen, habe dieselben Klagen wie früher geäußert. Am 1 VI. 10 sei er bei starker Hitze während der Arbeit besinnungslos umgefallen, habe nachher verstört ausgesehen, sich auf nichts besinnen können. Er habe dann einige Tage das Bett hüten müssen, sei beim Aufrichten schwindelig geworden. Er sehe immer noch elend und blöde aus, sitze untätig herum und starre vor sich hin. Er sei gänzlich erwerbsunfähig für einige Wochen.

Am 7. XII. 1910 teilt derselbe Arzt mit, daß der Zustand des W. sich eher verschlechtert habe. Er sei noch teilnahmsloser und stiller geworden und als 100 % erwerbsbeschränkt anzusehen. Besserung sei ausgeschlossen.

Am 12. I. 1912 wurde darauf Vollrente gewährt.

Am 29. V. 1913 wurde Patient auf Ersuchen des Herrn Dr. B., der eine Beobachtung in der Anstalt empfohlen hatte, in der Kieler Nervenklinik aufgenommen.

Über den Patienten, der allein zur Klinik von R. mit der Bahn gekommen ist, wird folgender Status aufgenommen:

Anamnese cfr. Vorgeschichte.

Knochenbau grazil, Muskulatur gut entwickelt, genügender Ernährungszustand.

Über dem linken Auge eine 4 cm lange, gut verheilte und verschiebliche Hautnarbe ohne nachweisbare Veränderung des darunterliegenden Knochens. Schädel nicht klopfempfindlich.

Bei Kopfbewegungen angeblich starke Schmerzen im Nacken; es tritt dabei starker Tremor des Kopfes auf.

Arme und Beine frei.

Sprache stockend, aber ohne Artikulationsstörung. Zieht auf Aufforderung sehr umständlich und unbeholfen sein Hemd aus.

Dermographie stark pos.

Dynamometer r. 20, l. 15.

Beim Drücken gerät Patient in starkes Zittern und fällt nach vorn vom Stuhle ohne sich zu beschädigen.

Beim Auslösen des Romberg'schen Phänomens läßt er sich direkt rückwärts fallen.

Spitz und Stumpf werden am ganzen Körper mit Ausnahme des linken Unterschenkels und Fußes unterschieden. In derselben Region vollkommene Analgesie. Fragen beantwortet Patient folgendermaßen:

(Wo hier?) „In Klinik."

(Heute Datum?) „16. Juni 1911, so stand es in dem Brief."

(2×2?) Zählt an den Fingern, nach einiger Zeit „4".

(2×3?) $+$ (an den Fingern).

($12 + 15$?) — „23".

(2×5?) „10" (an den Fingern).

(3×5?) „25".

(Bundesstaaten?) Braunschweig, Holstein.

Augen O. B.

1. VI. 13. Hilft beim Fegen und Staubwischen im Saal, zeigt sich dabei etwas unbeholfen, gibt an, er schlafe ganz gut hier, bekäme satt zu essen, sei ganz zufrieden.

(Aufsagen der Monate?) „Januar, Februar, März, April . . . Juni . . . Juli . . . August, da hab ich meinen Geburtstag, September . . . Oktober . . . November . . . Januar . . . Februar, März, April . . . Juli . . . August."

(Sind das alle?) „Ja, das sind alle."

(Wochentage?) Langsam und rückwärts: „Sonntag, Sonnabend, Freitag . . . Donnerstag . . . Dienstag . . Montag . . ."

Patient wird sehr unruhig dabei, braucht lange Zeit, um auf den nächsten Tag zukommen, sagt, er habe einen ganz schweren Kopf.

2. IV. 13. Patient klagt über schweren Kopf, steht teilnahmslos im Saal, wackelt dauernd etwas mit dem Kopf, macht sehr dementen Eindruck.

3. IV. 13. (Zählen?) „1 . . . 2 . . . 3 . . . 4 . . . 5 . . . 6 . . . 7 . . . 8 . . . 9 . . . 10 . . . 11 . . . 13 . . . 14 . . . 15 . . . 16 . . . 18 . . . 19 . . . 20 . . .“ Zählt sehr langsam.

Nachsprechen:

(3 . . . 8 . . . 5 . . . 7?) „3 . . . 5 . . . 8 . . . 7.“

(362.) „Dreihundert . . .“

Sitzt mit stumpfem Gesichtsausdruck da, wackelt etwas mit dem Kopfe; spricht langsam und sehr unbeholfen.

10. VI. 13. Geht täglich mit im Garten spazieren, antwortet auf Fragen immer in einem kindlichen Tone. Wackelt dabei stärker mit dem Kopf.

(Wie viel Finger an der Hand?) Zählt an der Hand, sagt schließlich „Fünf, ja fünf.“

(Wie viele an der andern Hand?) Zählt auch diese Finger ab, nach einiger Zeit „Auch fünf, fünf.“

(Wieviel Stunden hat der Tag?) „Zwölf . . . zwölf Stunden.“

(Wieviel der halbe Tag?) „. . . . Stunden.“

10. 6. 13. Nach Hause entlassen (ohne Begleitung).

Werfen wir jetzt einen Rückblick auf die beiden Fälle, so ist zunächst zu bemerken, daß es sich in beiden Fällen um Unfälle im Sinne des Gesetzes handelt, die als solche auch begutachtet worden sind. Es ist klar, daß die Patienten, die dem Arbeiterstande angehören, nach Lage der Sache ein großes Interesse daran hatten, daß ihr Leiden auf den erlittenen Unfall zurückgeführt

wurde, damit sie in den Besitz der Rente gelangten. Es trugen also bei ihnen außer dem Unfall selbst und der mit demselben verbundenen seelischen Erschütterung noch Begehrungsvorstellungen und die mit dem Kampf um die Rente verbundenen Aufregungen durch Untersuchungen, Prozesse usw. zur Entwicklung der Neurose bei.

Vor dem Unfall waren die Patienten vollkommen arbeits- und erwerbsfähig. Sitz der Verletzung war in beiden Fällen der Schädel.

Unmittelbar nach dem Unfall trat im 2. Fall eine kürzere Bewußtlosigkeit ein, doch können beide Patienten zu Fuß den Arzt aufsuchen, die Heilung der durch den Unfall erlittenen Wunde erfolgte in beiden Fällen prompt, in keinem Fall ließen sich die beobachteten Symptome mit irgendwelcher Wahrscheinlichkeit auf eine organische Läsion des Zentralnervensystems zurückführen, sondern alle waren ganz einseitig funktioneller Natur. Die ersten Beschwerden der Patienten sind rein jubjektiver Natur, sie klagen über Schmerzen, wo das Trauma eingewirkt hat. Der Charakter und die Intensität der Schmerzen ist verschieden, meist werden sie als dumpf, bohrend geschildert; sie steigern sich in hohem Maße bei Erregung, und namentlich, wie im zweiten Falle, bei Bewegungen, wo der Patient ein Knirschen und Knacken in der Halsgegend verspüren will.

Hierzu gesellt sich ein Gefühl von Angst und Schreckhaftigkeit. Bei Steigerung dieses Erregungszustandes entwickelt sich dann, wie wir es bei beiden Patienten beobachten konnten, eine hypochondrisch-melancholische Verstimmung mit Angstzuständen. Die Patienten sitzen in gedrückter Haltung da, ohne Teilnahme an ihrer Umgebung zu nehmen. Ihr Interesse für die Außenwelt ist völlig abgestumpft. Sie werden wortkarg, antworten nur mürrisch auf an sie gerichtete Fragen, sind ganz ver-

sunken in ihre Grübeleien, denen stets der erlittene Unfall und seine etwaigen Folgen zugrunde liegen.

Beide Patienten klagen auch über Gedächtnisschwäche, die wohl zum Teil darauf zurückzuführen ist, daß die Kranken in einseitiger Weise nur für ihren Unfall und das, was mit ihm zusammenhängt, Interesse haben.

In beiden Fällen läßt sich eine wesentliche Abnahme der Intelligenz konstatieren.

Die Sehnenreflexe sind in beiden Fällen nur wenig verändert.

Die Sprache ist behindert und zwar verlangsamt und etwas stotternd.

Die Reaktion der Pupillen auf Lichteinfall und Akkommodation ist prompt. Im Fall I wird eine Differenz der Pupillenweite beobachtet.

Einen wichtigen Teil des ganzen Symptomenkomplexes bilden Anomalien der Sensibilität und der Sinnesfunktionen. Neben den Schmerzen, die in unserm Fall von dem Orte des Traumas ausgehen, sind Kopfschmerzen vorhanden. Im zweiten Falle besteht eine Druckempfindlichkeit der Halswirbel und ist die Empfindung für Warm und Kalt am Unterschenkel und Fußrücken aufgehoben.

An Störungen der Sinnesorgane beachten wir im ersten Falle eine Schwerhörigkeit.

Zum Schluß sind noch hervorzuheben die vasomotorischen Störungen der Haut und Dermographien.

Trophische Störungen sind nicht beachtet. Der allgemeine Ernährungszustand hat nicht gelitten, es konnte kein wesentlicher Rückgang in der Ernährung konstatiert werden.

Gewisse Schwierigkeiten erwachsen bei der Beurteilung der geistigen Fähigkeiten.

Während der Beobachtungstage in der Klinik sitzen die Patienten teilnahmslos, ohne sich mit anderen Pa-

tienten zu unterhalten da, beantworten an sie gerichtete Fragen nur ungern und sehr langsam und sind mürrisch. Patienten sind nicht imstande bis 20 zu zählen, können Namen der Monate nicht aufzählen, sind erst nach langem Besinnen mit Hilfe der Finger imstande, zu finden, daß $2 \times 2 = 4$ sind, können nicht 3 Zahlen nachsagen.

Dieser außerordentlich hohe Grad der geistigen Ausfallserscheinungen muß notwendig ernstliche Bedenken gegenüber seiner Echtheit wachrufen; man muß an Simulation bezw. Übertreibung denken.

Wie schon anfangs erwähnt ist, gehen die Ansichten der verschiedenen Autoren über die Häufigkeit der Simulation weit auseinander. Das Vorkommen derselben ist in früheren Zeiten, als man noch in das Wesen dieser Krankheitszustände eingedrungen war, sehr überschätzt worden. Aber auch heute noch differieren die Ansichten der Gutachter hinsichtlich der Simulationsfrage oft nicht unerheblich, wie wir ja auch in unserm ersten Fall konstatieren konnten. Der Patient wurde von dem ersten Begutachter für einen Simulanten erklärt, und infolgedessen eine Rentenzahlung nicht bewilligt. Von all den anderen Begutachtern wurde Simulation bis zu einem gewissen Grade als wahrscheinlich, aber nicht als nachweisbar gehalten.

Auf jeden Fall soll man recht vorsichtig mit der Diagnose Simulation sein, da sich durch den Simulationsverdacht häufig der Zustand des Patienten derart verschlimmert hat, daß Selbstmordversuche nichts seltenes sind.

Deshalb trete man an jeden Fall ohne Voreingenommenheit heran und untersuche zunächst, ob sich zur Erklärung der subjektiven Beschwerden objektive Zeichen einer Erkrankung auffinden lassen. Erscheint nach genauester Untersuchung eine organische Krankheitsursache ausgeschlossen, so suche man nach neurasthenischen, hypo-

chondrischen oder, wie in unseren Fällen, hysterischen Symptomen. Das ganze seelische Verhalten der Kranken neben denjenigen Krankheitserscheinungen, die nicht simuliert werden können, wie vor allem die vasomotorischen Störungen der Haut lassen auf die Diagnose Hysterie, ausgelöst durch ein Trauma, schließen. An allen Zuständen der Krankheit unserer Patienten ist deren Psyche beteiligt. Daher wollen wir auch in beiden Fällen Simulation als nicht nachweisbar ausschließen, obgleich sie bis zu einem gewissen Grade wahrscheinlich erscheint.

Anders liegen die Verhältnisse bei der Beantwortung der Frage, ob die Kranken ihre Beschwerden übertrieben haben. Übertreibung kommt — darin sind sich auch fast alle Gutachter einig — außerordentlich häufig vor, so daß man mit ihr bei jeder Untersuchung, von der ja auch die wirtschaftliche Lage des Betreffenden abhängt, rechnen muß.

Ihre Begründung findet sie teilweise in der Natur der Erkrankung selbst, teils in der Persönlichkeit des zu Begutachtenden. Statistisch ist nachgewiesen, daß gerade Polen und Ostpreußen sehr zur Neurose auf Unfallbasis neigen, unser zweiter Patient ist also quasi für die Krankheit prädestiniert. Eine sehr weitgehende Änderung im Rentenbezuge erscheint bei der inzwischen eingetretenen Gewöhnung an ein untätiges Dasein nicht empfehlenswert. Immerhin ist wenigstens im ersten Falle, wo sich einige Anhaltspunkte dafür ergaben, daß ein Teil der geistigen Ausfallerscheinungen stark übertrieben, vielleicht bewußt vorgetäuscht wurden, eine Herabsetzung der Rente von $66^2/_3$ auf vorerst 50 % als gerechtfertigt empfohlen worden.

Was nun die Prognose anbetrifft, so ist dieselbe quoad vitam im allgemeinen günstig, da die Lebensdauer durch die Erkrankung nicht wesentlich verkürzt wird. Eine

Ausnahme kann dadurch eintreten, daß auf Grund der schweren Schädigung der Psyche oder infolge ungerechter Simulationsverdächtigung Selbstmord begangen wird.

Wesentlich ungünstiger stellt sich die Prognose quoad sanationem completam. Eine volle Heilung ist in unseren Fällen, wo das Leiden bereits eine so schwere Form angenommen hat, ausgeschlossen. Wäre die Psyche weniger am Krankheitsbilde beteiligt, so könne man durch eine regelrechte Anstaltsbehandlung eine Heilung resp. eine an Heilung grenzende Besserung erzielen.

Daß bei diesen prognostisch ungünstigen Verhältnissen die Therapie keine hervorragenden Ergebnisse liefern kann, liegt auf der Hand. Der Arzt muß versuchen, sich das Vertrauen der Patienten zu erwerben und durch beruhigenden Zuspruch und die Versicherung, daß das Leiden heilbar sei und keine Gefahr für das Leben bestehe, auf die Psyche des Kranken einzuwirken versuchen. Von Wichtigkeit ist ferner das Fernhalten von schädlichen Aufregungen.

Von diesem Gesichtspunkte aus muß der Arzt auch, soweit es in seiner Macht steht, seinen Einfluß dahin geltend machen, daß die eventuelle Entschädigungsfrage eine möglichst schnelle Erledigung findet. Gelingt es, den Zustand des Patienten zu bessern, so muß eine allmähliche Gewöhnung an die Arbeit versucht werden, denn am leichtesten kommen die Kranken über ihre Beschwerden hinweg, wenn sie wieder arbeiten.

Zum Schluß dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling, für die gütige Überlassung des Materials meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Becker: Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit nach Verletzungen.

Bruns: Die traumatischen Neurosen. Notnagel Bd. XII, 1904.

Charcot: Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems. (Deutsch von Freund 1886).

Erb: Krankheiten des Nervensystems. Ziemssen's Handbuch.

Erben: Über die Neurosen nach Unfällen. Med. Klinik 1910 Nr. 32.

Erichsen: Über die Verletzungen der centralen Teile des Nervensystems (Deutsch von Kelp 1868).

Ewald: Die traumatischen Neurosen und die Unfallgesetzgebung.

Kaufmann; Über die traumatischen Neurosen.

Leyden: Lehrbuch der Rückenmarkskrankheiten 1875.

Möbius: Bemerkungen über Unfallnervenkranke. Münch. Med. Wochenschrift 1890 Nr. 50.

Oppenheim: Die traumatischen Neurosen.

Schultze, Friedrich: Über Neurose und Neuropsychosen nach Trauma. Leipzig 1891.

Strümpell: Spezielle Pathologie und Therapie.

Strümpell: Über die traumatischen Neurosen. Berliner Klinik 1888 Heft 3.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit, Karl, Heinrich, Otto Lüderitz, luth. Konf., wurde am 4. März 1880 zu Wendenmühle geboren. Er besuchte das Gymnasium zu Braunschweig und wurde 1902 mit dem Zeugnis der Reife entlassen. Nachdem er zunächst Jura studiert hatte, widmete er sich in Kiel und Göttingen, wo er Ostern 1908 das tentamen physicum machte, dem Studium der Medizin. Am 14. April 1913 bestand er in Kiel sein medizinisches Staatsexamen.